

Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut

Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de Salut

www.gencat.cat/ics


febrer 2010



Generalitat de Catalunya
Departament de Salut



Institut Català
de la Salut

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut		Data: febrer 2010
	Versió 1	Pàgina 1	

Grup de treball

Joan Carles Contel Segura. Coordinador de Processos d'Infermeria. Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Sud.

Neus Esgueva de Haro. Infermera EAP Gòtic. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat.

M. Pilar Espelt Aluja. Responsable de la Unitat d'Atenció a la Complexitat. Direcció d'Atenció Primària Tarragona-Reus.

Núria Fabrellas i Padrés. Coordinadora d'Infermeria d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut.

Rosa M. López Pisa. Infermera gestora de casos. ABS Gavarra. SAP Baix Llobregat Centre. Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Sud.

Marta Marichal i Plana. Infermera gestora de casos. SAP Girona Sud. Direcció d'Atenció Primària Girona.

Carme Monsó Lacruz. Infermera d'enllaç. Direcció d'Atenció Primària Lleida.

Àngels Ondiviela Cariteu. Infermera EAP Cardedeu. Responsable de l'Oficina d'Enllaç (fins a juny de 2008). Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord.

Coordinació


Neus Esgueva de Haro. Infermera EAP Gòtic. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat.

Àngels Ondiviela Cariteu. Infermera EAP Cardedeu. Responsable de l'Oficina d'Enllaç (fins a juny 2008). Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord.

Direcció

Alba Brugués i Brugués. Directora de Cures (des de juny de 2009). Institut Català de la Salut.

Núria Fabrellas i Padrés. Coordinadora d'Infermeria d'Atenció Primària. Institut Català de la Salut.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 2

Àngel Vidal i Millà. Director de Processos, Cures i Qualitat (fins a juny de 2009). Institut Català de la Salut.

Grup de revisió

Montse Antorn. Infermera d'enllaç. SAP Esquerra. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat.

Núria Arteaga. Infermera d'enllaç. SAP Dreta. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat.

Helena Bancs. Infermera d'enllaç. SAP Dreta. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat.

Neus Blancas. Infermera d'enllaç. SAP Esquerra. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat.

Alicia Coiduras. Coordinadora de Processos d'Infermeria. SAP Esquerra. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat.

Carmen del Olmo. Coordinadora de Processos d'Infermeria. SAP Dreta. Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat.

Cristina Moreno. Coordinadora de Processos d'Infermeria. SAP Vallès Oriental i Occidental. Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord.


Núria Puig. Infermera d'enllaç. SAP Badalona. Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord.

Mar Peña. Coordinadora de Treball Social. Institut Català de la Salut.

Carmen Sánchez. Coordinadora de Processos d'Infermeria. SAP Mataró Maresme. Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord.


Suport tècnic

Susanna Saval. Oficina de Publicacions. Gabinet Tècnic i de Comunicació. Institut Català de la Salut.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 3

ÍNDEX

Presentació	4
1. Introducció	6
2. Objectius	11
2.1. Objectius en salut	11
2.2 Objectius de qualitat de vida i satisfacció	12
2.3 Objectius d'eficiència en la utilització de recursos i serveis ...	12
3. Població diana	13
4. Perfil de competències de les infermeres gestores de casos	15
5. Mecanismes de captació de pacients	17
6. Formació	20
7. Estructura i organització	22
8. Metodologia de treball	24
9. Indicadors d'avaluació	25
9.1 Quantitatius	25
9.2 Qualitatius	26
10. Bibliografia	27

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut		Data: febrer 2010
		Versió 1	Pàgina 4

Presentació

Des de la Direcció de Cures de l'Institut Català de la Salut és una satisfacció fer-vos a mans el document: **Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. Aplicació del model de gestió de casos a l'atenció primària de Salut**, dins el marc de les unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut.


Aquest document és fruit del treball i de la posada en comú d'un grup de professionals experts en programes de gestió de casos, infermeres d'enllaç, unitats funcionals d'atenció a processos complexos, etc., que han fet possible elaborar de forma consensuada aquest document després de fer una revisió de tots els models ja existents tant en el nostre entorn com en el d'altres països.

Una de les funcions més importants i complexes que tenim els professionals de la salut és promoure el benestar de la persona i augmentar la seva qualitat de vida oferint les cures adequades a cada situació de salut i d'autonomia personal.

Els sistemes sanitaris actuals han de fer front a continus canvis d'una societat més envellida, amb més problemes de salut i més complexos. Aquests canvis comporten una major i variada demanda de serveis, que necessita cada cop més especialització i coordinació dels diferents professionals i nivells assistencials.


Les unitats funcionals pretenen millorar l'atenció a les persones en situació de salut complexa, oferir una atenció individualitzada amb una coordinació entre els serveis de salut i serveis socials i detectar sistemàticament les situacions de risc.

El model de **gestió de casos** fa un abordatge integral en les situacions de complexitat, dependència i fragilitat desenvolupant pràctiques avançades i donant resposta a les necessitats creixents de la població; així mateix, la funció d'**enllaç** assegura la continuïtat de cures entre els diferents nivells assistencials.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 5

Cal treballar amb **models predictius** per enfrontar-se de forma preventiva als problemes dels pacients amb indicadors de fragilitat, especialment en processos crònics com l'MPOC, la cardiopatia isquèmica i la insuficiència cardíaca, i evitar així ingressos a urgències hospitalàries no programats.

Aquest document vol ser una eina útil per a tot l'equip de salut que treballa amb programes de complexitat i/o fragilitat, per unificar conceptes i establir circuits que garanteixin la continuïtat del procés assistencial.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 6


1. Introducció

Des de l'inici de la reforma de l'atenció primària a Catalunya, els equips d'atenció primària (EAP) assumeixen majoritàriament l'atenció a domicili (ATDOM) de les persones que per problemes de salut no poden desplaçar-se al centre d'atenció primària (CAP). Els EAP que gestiona l'Institut Català de la Salut (ICS) organitzen l'atenció domiciliària de les persones amb problemes de salut crònics mitjançant un programa propi que defineix criteris i objectius comuns per a tota l'organització. Hi ha també altres recursos sanitaris de finançament públic que ofereixen altres serveis d'atenció al domicili a la població o a grups poblacionals específics com són: el Programa d'atenció domiciliària dels equips de suport (PADES), l'atenció domiciliària a la mare i al nadó després del part a càrrec dels programes d'atenció a la salut sexual i reproductiva (PASSIR), les unitats d'hospitalització a domicili (HAD) (HDOM), l'atenció a persones amb problemes de salut mental, els serveis d'emergència (SEM) i la rehabilitació al domicili.

Per donar suport a la continuïtat assistencial s'han iniciat diferents iniciatives com la d'infermeria d'enllaç, el programa de detecció i seguiment de la persona malalta fràgil, l'atenció telefònica de les urgències, la posada en marxa del procés de planificació de l'alta hospitalària PREALT, la integració dels PADES com a equips d'atenció domiciliària dels EAP i el Projecte de prevenció i suport a l'alta (PISA) de la divisió hospitalària de l'Institut Català de la Salut (ICS).

A Catalunya s'ha produït un intens procés d'envelliment en les últimes dècades, resultat de l'augment sostingut de l'esperança de vida.

L'envelliment de la població ha produït un augment de la incidència i la prevalença de les malalties cròniques, degeneratives i incapacitants. L'any 2006, el 95,7 % de les persones de 65 anys i més que vivien a Catalunya manifestaven tenir algun problema de salut crònic (Departament de Salut, 2006) i el 13,8 % (157.519 persones) d'aquest mateix grup poblacional

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut		Data: febrer 2010
			Versió 1 Pàgina 7

presentava, com a mínim, un tipus de discapacitació ja sigui física, sensorial o psíquica (Departament d'Acció i Social i Ciutadania, 2006). L'augment de l'activitat hospitalària sense ingrés i l'escurçament del temps d'estada als hospitals (Zunzunegui, 2001) fa imprescindible assegurar una bona coordinació entre els serveis assistencials hospitalaris i d'atenció primària.

L'envelliment i l'augment de l'activitat hospitalària de la població fan preveure un important augment de l'atenció al domicili de la persona malalta. Segons l'evidència científica, l'eix central són els serveis integrats de salut per donar una resposta a l'increment de la demanda i al destacat nombre de persones amb malalties cròniques, que utilitza reiteradament i de forma poc eficient els diferents dispositius del sistema.

Entre les aportacions més conegudes hi ha les del model Kaiser i Evercare. La primera es basa en l'estratificació de la població d'un territori, segons un criteri de risc, en tres grups o quatre.

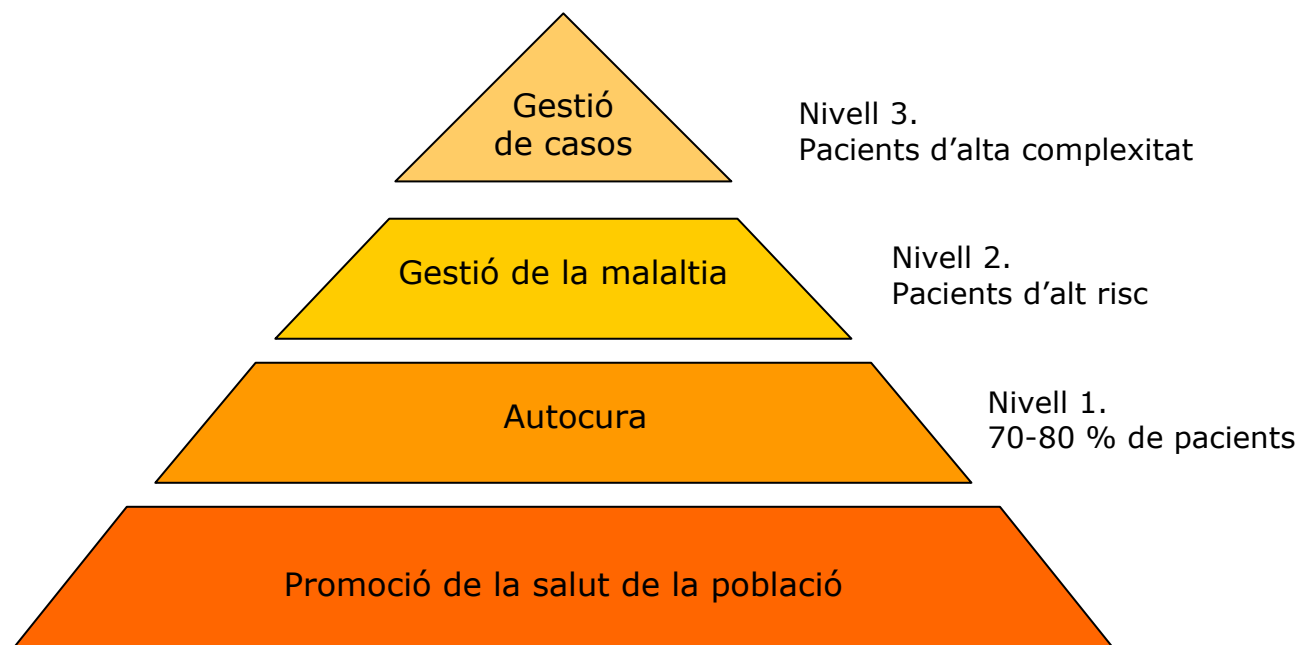



Figura 1. Nivells de necessitat per a grups que requereixen assistència a llarg termini.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 8


A la base de la piràmide hi ha la població en general, candidata a la promoció de la salut i prevenció.

Al segment de sobre de la base de la piràmide (nivell 1) hi ha la majoria de pacients crònics, és a dir, amb menys risc, i seria suficient una intervenció des de l'atenció primària basada en la millora de l'autogestió de la malaltia. Al nivell 2 hi ha una població sobre la qual s'hauria de fer un abordatge compartit del procés; i a la part superior (nivell 3), hi ha una proporció petita de pacients que consumeixen una molt alta proporció de recursos, especialment ingressos a hospitals i centres sociosanitaris.

El model Evercare pràcticament se centra en la població del segment superior de la piràmide. Aquestes persones haurien de ser tractades per les gestores de casos, ja que requereixen un abordatge molt proactiu i intens amb l'objectiu de millorar resultats clínics, de qualitat de vida i de cost.

Per a Ed Wagner de l'Institut McColl, el model que cal desenvolupar per millorar i abordar apropiadament l'atenció dels pacients crònics segueix fases diferents:

- **Estratificació de la població** per complexitat i necessitats d'atenció.
- **Disseny d'un model predictiu** que permeti dur a terme un cert nivell de gestió segons risc.
- **Redisseny i reorganització del model de prestació de serveis de manera integral:** gestió de casos, gestió de patologies i autocura.
- **Establiment d'un conjunt mínim de dades (CMBD)** a compartir entre els diversos proveïdors i professionals del sistema de salut (i també sociosanitari i social).
- Desenvolupament i implementació de **sistemes experts de suport a la presa de decisions clíniques**.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 9


Tot això permetria incorporar i estimar més apropiadament el risc de molts pacients crònics per realitzar un abordatge proactiu i molt més eficient d'aquests pacients.

Justificació

En un escenari de fragmentació i poca coordinació dels serveis, el desenvolupament d'un model de gestió de casos a l'atenció primària de salut té un efecte aglutinador i integrador. Els serveis coordinats i integrats orientats a les necessitats de la persona, la família i l'entorn donen resposta a situacions de complexitat en atenció primària, amb un abordatge multidimensional, interdisciplinari i de manera eficient i sostenible. Una de les característiques dels sistemes integrats és la **identificació de persones amb risc** i amb un gran consum de recursos sanitaris i/o socials, i per això s'han de desenvolupar **sistemes d'informació** que ens permetin identificar aquestes persones. Aquest procés d'identificació de persones en situació de complexitat o amb risc ha de ser **proactiu** i orientat a la captació de persones malaltes amb un alt risc per poder donar la resposta adequada.


La infermera que desenvolupa el model de gestió de casos és una infermera integrada a l'EAP (propera als professionals de l'equip) que vetlla per la continuïtat de l'atenció, coordina i gestiona les necessitats d'aquests pacients per garantir el contínuum assistencial.

"La infermera gestora de casos identifica de forma proactiva **persones en situació de complexitat** i, a partir d'una valoració integral del pacient i de la persona cuidadora principal, planifica les cures, coordina i optima els recursos sanitaris adequats, monitora i avalua el cas. Treballa juntament amb els professionals de referència de la persona atesa, proporciona un valor afegit i integra l'aportació de tots els professionals sense substituir-los."

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 10

La **captació proactiva i reactiva** de la població, que identifica els pacients d'alta complexitat, serveix per:


- Garantir un pla de cures individual i integral en pacients complexos, tant en els pacients com amb les persones cuidadores (les intervencions de tots els agents de salut s'han de preveure).
- Participar en la planificació de l'alta de pacients complexos del seu territori que estan ingressats.
- Treballar amb la infermera comunitària de referència per compartir el procés assistencial.
- Treballar juntament amb els professionals de serveis socio-sanitaris, socials i altres serveis de la comunitat (farmàcies comunitàries, serveis de rehabilitació, etc.) per garantir una continuïtat de l'atenció.
- Gestionar el banc d'ajuts tècnics i adaptacions a la llar.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 11

2. Objectius

2.1 Objectius en salut

- **Identificar pacients amb situació de complexitat o amb risc i/o alta dependència**, duent a terme un seguiment i/o vigilància del seu estat de salut.
- **Disminuir les situacions crítiques** de les persones amb processos crònics evolucionats que provoquen **reingressos**.
- **Millorar els resultats en salut** en el grup de pacients complexos.
- **Millorar la seguretat** en l'aplicació dels processos terapèutics i fomentar l'aplicació de les guies i protocols establerts.
 - **Millorar la qualitat assistencial** de les cures de la persona atesa i la de la persona cuidadora minimitzant la fragmentació de l'atenció.
 - Garantir la continuïtat de les cures i fomentar la **coordinació** i l'homogeneïtzació de processos entre els professionals de la salut dels diferents àmbits assistencials.
 - **Planificar** una transició adequada de la persona atesa a través dels diversos serveis i nivells assistencials, assegurant una resposta adequada a les seves necessitats.


 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 12

2.2. Objectius de qualitat de vida i satisfacció

- Mantenir i millorar la **qualitat de vida** dels pacients i les persones cuidadores.
- Fomentar l'autonomia del pacient i l'**autocura**.
- Augmentar la **satisfacció en l'atenció** en el grup de pacients complexos i les persones cuidadores.
- **Facilitar el final de la vida** al lloc més adequat, d'acord amb la voluntat de la persona i/o persones cuidadores.

2.3 Objectius d'eficiència en la utilització de recursos i serveis

- Oferir a la persona del programa i a les persones cuidadores una **prestació de serveis integrats** i planificats segons les seves necessitats.
- **Garantir el contínuum assistencial** en un model de xarxa de serveis sanitaris i socials.
- **Optimar i racionalitzar el consum de serveis i la utilització de recursos** per prevenir els reingressos de les persones amb patologies cròniques, per evitar els trasllats innecessaris als serveis d'urgències i hospitalitzacions.
- **Donar suport als professionals de referència de les** persones malaltes en relació amb processos assistencials. Col·laborar juntament en la valoració i l'elaboració del pla de cures de les persones malaltes del programa.
- **Activar i mobilitzar nous recursos** per a aquesta població.
- Introduir **elements d'innovació** en la manera d'organitzar i proveir determinades línies de serveis.
- Elaborar i actualitzar un **directori de serveis i recursos del territori**.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 13

3. Població diana


Les persones susceptibles són les que per la complexitat del seu procés o situació de salut necessiten una atenció més específica i transversal.

Ara per ara, la major part d'aquests serveis s'adrecen majoritàriament a les persones que a causa del seu estat de salut i les seves característiques comunitàries, sociosanitàries i organitzatives, necessiten un seguiment sistemàtic durant un determinat període de temps, que pot ser prolongat o puntual i tant de caire curatiu com preventiu i pal·liatiu.


Aquesta atenció personalitzada, integral i continuada s'aconsegueix gràcies a la coordinació amb els diferents professionals.

Podem identificar diversos grups de pacients susceptibles a la gestió de casos:

- Pacients amb un patró definit de comorbiditat o pluripatologia, amb múltiples ingressos hospitalaris no programats o múltiples visites a urgències.
- Pacients amb malalties o processos de baixa prevalença però que necessiten un abordatge específic i diferenciat, per exemple ELA, esclerosi múltiple, lesions medul·lars, etc.
- Persones grans amb situació d'alta fragilitat que necessiten accedir a diferents dispositius: interconsulta a unitats específiques de valoració geriàtriques i/o psicogeriàtriques, ingrés o estada temporal en centre sociosanitari per control de símptomes.
- Atenció en processos de baixa prevalença duent a terme un paper capacitador. Per exemple canvis de traqueostomia, CPAP, port-a-cat, etc.
- Persones sense suport familiar i amb poca capacitat d'autocura.
- Persones amb dificultat d'abordatge i contínuum que necessiten un gran nombre de coordinacions i intervencions interdisciplinàries.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 14

Les persones cuidadores principals dels pacients d'alta complexitat són també població diana; en queden excloses les persones cuidadores remunerades. Tots elles desenvolupen un important paper i, per tant, és necessari establir-hi intervencions d'informació i de capacitació per millorar la qualitat de les cures.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut		Data: febrer 2010
			Versió 1 Pàgina 15


4. Perfil de competències de les infermeres gestores de casos

Les funcionalitats més prevalents dins la gestió de casos són:


- La funcionalitat que desenvolupa la **gestora de casos**, que vetlla per la continuïtat de l'atenció, coordina i gestiona les necessitats d'aquests pacients per garantir el contínuum assistencial.
- La funcionalitat que desenvolupen les anomenades **infermeres d'enllaç**, que enllacen l'atenció primària i l'atenció hospitalària.

Les competències de les infermeres gestores de casos són:

- Coneixements en **pràctica clínica avançada**: valoració, seguiment, monitoratge i avaluació de pacients.
- Capacitat educativa per **generar autonomia i coresponsabilitat** en la persona atesa i la cuidadora: millora de l'adherència tractament, seguiment efectes secundaris, etc.
- Capacitat per **prevenir duplicació** de serveis i proves mitjançant comunicació intersectorial.
- Capacitat per facilitar i activar d'altres recursos per simplificar els processos del pacient. **Actitud proactiva** per a la millora del procés assistencial i la integració del treball interdisciplinari.
- Capacitat en les habilitats per al **maneig de conflictes**: empatia i contenció emocional.
- **Habilitats comunicatives i motivacionals** per a la comunicació amb el pacient, la família i comunitat: flexibilitat i assertivitat.
- Capacitat per fomentar l'**autocura**.
- Capacitat per al **treball en equip** i per a l'establiment d'aliances amb els professionals de salut i altres disciplines que puguin afegir valor al procés assistencial.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 16

- Capacitat per **assessorar** altres professionals i donar-los suport en la presa de decisions.
- Capacitat pedagògica per a la **formació** de nous professionals en la gestió de casos.
- **Coneixement i capacitat d'aplicar les teories d'infermeria a la pràctica** a partir de la valoració i emissió de judicis clínics que permetin resoldre problemes de salut i prendre decisions planificades (planificar les cures) juntament amb el pacient, la persona cuidadora i la família, i basades en l'evidència i amb la col·laboració d'altres professionals sanitaris de l'EAP.
- Capacitat de **treballar i reflexionar sobre els dilemes ètics** en el context de la seva pràctica assistencial, tenint en compte les seves creences i valors.
- Capacitat **crítica** amb inquietud envers la **innovació i la recerca**.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 17

5. Mecanismes de captació de pacients

El mecanisme de captació varia segons la ubicació de la persona.

- Detecció de pacients complexos ingressats a l'hospital o centres sociosanitaris. La cerca de pacients ingressats ha de ser activa a càrrec de la infermera d'enllaç. El mecanisme de cerca activa es pacta amb cada hospital i es demana el consentiment informat al malalt per poder traspasar la informació als professionals d'infermeria i medicina assignats a la persona malalta.
- **Cerca activa:** explotació (*select*) de pacients atesos a l'atenció primària sobre la base de criteris. Per exemple, es poden cribrar pacients amb **quatre dels següents criteris o més**:
 - > 65 anys (es considera > 65 anys aquelles persones que tenen més de 65 anys i un dia)
 - Quatre patologies cròniques o més
 - Cinc fàrmacs o psicofàrmacs de forma contínua o més
 - Procés terminal
 - Índex de Barthel: 55 o menys
 - Demència i deteriorament cognitiu (test cognitiu de Pfeiffer: 5 errors o més)
 - Dos ingressos no planificats a l'hospital per exacerbació en els últims dotze mesos o més
 - Tres visites a urgències hospitalàries en els últims dotze mesos o més
 - Viure sola o amb persones cuidadores amb capacitat limitada de suport (les cuidadores > 75 anys, o aquelles amb un resultat del test de Lawton & Brody ≤ 5 punts en dones, o de ≤ 3 punts en homes)

- **Derivacions realitzades** pels professionals de l'equip.
- **Treball actiu** amb l'EAP per identificar conjuntament casos de pacients complexos.
- **PRODEP**: a partir del reconeixement de dependència sistemàticament (grau II i III).
- **Coordinació amb serveis socials** propis, del consell comarcal i municipals.
- **Utilització de models predictius**.

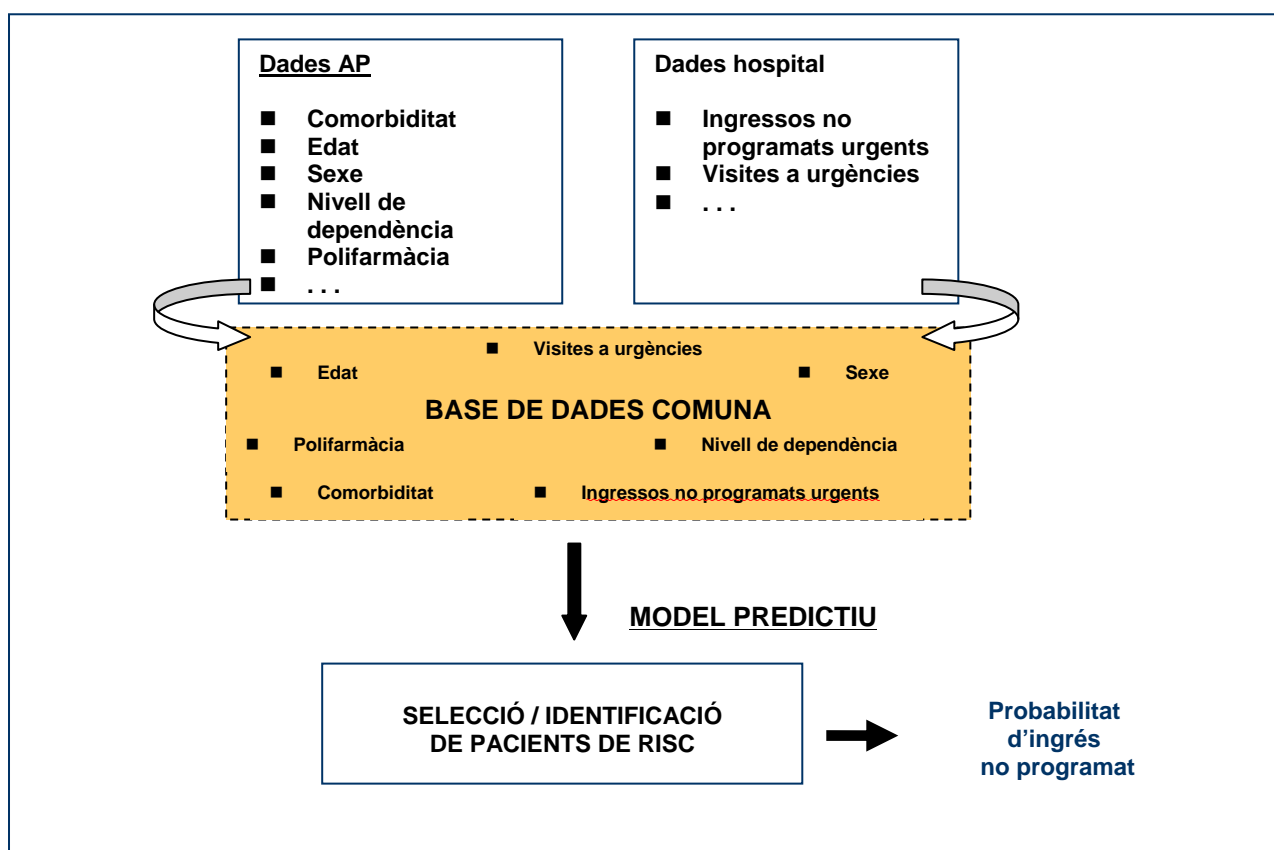




Figura 2. Disseny d'un model predictiu.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 19

Podem construir un model predictiu a partir de dades sanitàries i socials recollides per l'atenció primària i l'atenció hospitalària. A partir d'aquesta informació se seleccionaran i crearan variables que s'introduiran en models estadístics per identificar de forma predictiva quins són els pacients que necessitaran un major consum de recursos sanitaris i d'utilització de serveis.

Aquests models permetran identificar i estratificar els pacients segons la necessitat (intensitat) d'atenció sanitària i social, per tant ajudaran a determinar quines són les característiques dels pacients. La identificació d'aquestes persones aportarà un element de predicció que ajudarà a determinar-ne les necessitats i la "traçabilitat", si aquesta persona transita pel sistema sanitari (consulta externa, urgències...).


 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 20

6. Formació

La formació de les gestores de casos en un principi ha de ser bàsica i complementària. A més a més, a mesura que disposem d'infermeres gestores de casos amb un període mínim d'experiència, es desenvolupen estratègies de tutoria i entrenament per a les infermeres que s'hi incorporen de nou.

La **formació bàsica** ha de preveure les àrees següents:

- Antecedents en d'altres països del model de gestió de casos.
- Coneixement de la xarxa sanitària i social de Catalunya. Impacte de la nova Llei estatal d'atenció a la dependència.
- Conceptes bàsics de gestió de casos. Factors crítics d'èxit en el desenvolupament del model. Estratègies i organització del servei.
- Valoració integral i multidimensional. Planificació de l'atenció individualitzada. Pacte terapèutic. Seguiment i avaluació contínua del cas. Com establir la coordinació i continuïtat assistencial.
- Avaluació del programa: indicadors d'avaluació del servei. Evidència científica en el model de gestió de casos. Accés a fonts bibliogràfiques.
- Relació i comunicació. Tècniques de comunicació interpersonal i negociació.
- Abordatge de situacions i/o malalties cròniques més prevalents d'alt impacte en pacients complexos: insuficiència cardíaca, MPOC...
- Atenció a persones amb demència i trastorns mentals severos en el domicili i l'abordatge de les persones cuidadores informals d'aquestes persones malaltes.
- Ajuts tècnics i adaptacions a la llar. Relació amb SIRIUS com a òrgan assessor.


 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 21

- Ètica de cuidar: dilemes ètics en la pràctica infermera i la presa de decisions.

Les sessions han d'incorporar continguts teòrics i treball sobre casos pràctics. És imprescindible fomentar aspectes formatius comuns amb altres professionals per potenciar el treball interdisciplinari.

Posteriorment, es duen a terme **seminaris d'actualització** i/o complementaris amb els continguts següents:

- Maneig del règim terapèutic de pacients en situació de complexitat. Coneixement dels principals fàrmacs relacionats amb els processos més prevalents.
- Tècniques de mediació en l'abordatge de pacients complexos.
- Tècniques i habilitats de negociació.
- Desenvolupament de competències per al treball en equip.
- Aspectes ètics i legals en l'atenció al pacient en situacions de complexitat i/o dependència.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 22

7. Estructura i organització

A hores d'ara, les gestores de casos i infermeres d'enllaç depenen organitzativament dels EAP on estan adscrites. En un futur proper, aquestes infermeres haurien de formar part d'una unitat territorial i donar servei a les persones d'aquell territori en situació de gran fragilitat.

Aquestes unitats territorials haurien de ser multidisciplinàries amb la finalitat col·laborativa de promoure i coordinar serveis. L'eix vertebrador de la gestió clínica és la coordinació i el treball en xarxa de la infermera amb els altres professionals, serveis i recursos dirigits a fomentar l'autonomia en l'autocura del pacient i de la família. La complexitat clínica, molt sovint, va lligada a la complexitat social i això ens condueix a la col·laboració amb el treball social.

Composició bàsica de les unitats territorials


- Responsable funcional de la unitat.
- Infermeres de família expertes en metodologia de gestió de casos: cada infermera opera en un territori de referència.
- Suport administratiu.
- Consultoria de treball social i medicina.

Ràtio població/infermera

Aproximadament 30.000 habitants per infermera (segons les característiques del territori).


Pacients actius per infermera

30 - 40 pacients.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 23

Recursos materials necessaris


- 1 telèfon mòbil.
- 1 estructura portable amb accés a la història clínica.
- 1 aparell d'ECG portàtil i pulsioxímetre portàtil per a la unitat.
- Transport institucional en els casos necessaris.
- Material fungible proporcionat per l'EAP de referència.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 24

8. Metodologia de treball

La metodologia de treball es basa en:


- La **planificació individualitzada** de l'atenció.
- **El pacte terapèutic**, tenint en compte el màxim potencial de salut de la persona atesa. En cada una de les etapes del procés de salut, s'ha de treballar per a la consecució de la situació més òptima.
- **L'aplicació de les guies** de pràctica clínica de l'ICS i **els protocols** d'intervenció pactats.
- **La integració de les intervencions** de totes les persones implicades en el procés.
- **La visió integral** que de manera operativa s'adapta a cinc dimensions concretes:
 - **Situació biofísica:** depèn del grau d'implicació de la malaltia, de l'afectació personal i de les funcionalitats compromeses.
 - **Coneixements:** depèn de la capacitat de la persona i/o de la persona cuidadora i de la voluntat; té una influència directa en la definició del grau d'autonomia.
 - **Seguretat:** depèn de la capacitat i la possibilitat de la persona i/o família d'intervenir en les situacions de complicacions greus i de prevenir les complicacions potencials i futures.
 - **Capacitat d'autocura:** depèn de les potencialitats i mancances de la persona i la persona cuidadora.
 - **Confort:** depèn de les condicions de confort, principalment dolor i estrès. L'acceptació de la situació de salut condiona i en algunes ocasions compromet la participació de la persona i/o família en l'abordatge de la nova situació. Cal considerar les condicions estructurals (barreres, suport extern...) i la xarxa de relacions socials.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 25

9. Indicadors d'avaluació


9.1 Quantitatius

- Nombre de pacients atesos.
- Nombre de contactes telefònics.
- Nombre de visites a domicili.
- Diagnòstics mèdics principals més prevalents.
- Diagnòstics infermers més prevalents.
- % de pacients amb millora de dèficits d'autocura.
- % de pacients amb coneixement: seguretat personal (grau de comprensió transmès sobre la prevenció de lesions no intencionades: escala d'1 a 5) NOC 1809.
- % de pacients amb afrontament de problemes: superació de problemes (Accions personals per controlar els factors estressants que posen a prova els recursos de la persona: escala d'1 a 5) NOC 1302.
- Nombre d'ingressos no programats o urgents.
- Nombre de visites a urgències hospitalàries .
- Total de dies d'hospitalització urgent / no programada per pacient.
- Índex de mortalitat pacients inclosos.
- Proporció d'ingressos de llarga estada de centres sociosanitaris en relació amb altres poblacions.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 26


9.2 Qualitatius

- Valoració satisfacció pacients i/o cuidadors mitjançant enquestes de satisfacció (per exemple: SATISFAD).
- Valoració de la qualitat de vida mitjançant qüestionaris validats (per exemple: SF-12).
- Percentatge de persones en situació de complexitat que són ateses per la infermera gestora de casos respecte de la població assignada.
- Percentatge de persones en situació de fragilitat que són ateses per la infermera gestora de casos respecte de la població assignada.
- Nombre de persones ateses per a les quals s'ha elaborat un pla d'atenció personalitzat.
- Grau de satisfacció dels professionals sanitaris implicats.


 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut		Data: febrer 2010
			Versió 1 Pàgina 27

10. Bibliografia

- Besora Torradeflot I. I col. Estàndard de diagnòstics d'infermeria a l'atenció primària (NANDA) a: <http://www.gencat.net/ics/professionals/protocols/nanda.pdf>
- Departament d'Acció Social i Ciutadania. Estadística de persones amb discapacitat 2006. Disponible a: <http://www.gencat.net/benestar/xifres/estadistiques/index2006.htm>
- Departament de Salut. Enquesta de Salut de Catalunya 2006. Disponible a: <http://www.gencat.net/salut/depsan/units/sanitat/pdf/r15.pdf>
- Department of Health. Caring for people with long-term conditions: an educational framework for community matrons and case managers. London: Department of Health, 2006
- Department of Health. Supporting People with Long-Term conditions: an NHS and Social Care model to support local innovation and integration. London: Department of Health, 2005
- Dr. Foster Intelligence. Keeping patients out of hospital: the challenge of reducing hospital admissions
- Ganz DA, Bao Y, Shekelle PG, Rubenstein LZ. Will my patient fall? J Fam Pract. 2007 Apr;56(4):276.
- Hebert R., Veil A. Monitoring the degree of implementation of an Integrated Delivery System. International Journal of Integrated Care 2004; 4: 1-12
- <http://www.hsmc.bham.ac.uk/LTCnetwork/KaiserbriefingpaperMay2006.pdf>
- <http://www.improvingchroniccare.org>
- <http://www.kroniker.org>

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 28

- Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT). Projeccions de població de Catalunya 2015-2030 (Base 2002). Generalitat de Catalunya. 1^a edició: Barcelona, març 2007.
- King's Fund. Combined Predictive Model: Final Report. London: King's Fund 2006.
- Lyon D, Lancaster GA, Taylor S, Dowrick C, Chellaswamy H. Predicting the likelihood of emergency admission to hospital of older people: development and validation of the Emergency Admission Risk Likelihood Index (EARLI). Fam Pract. 2007 Apr;24(2):158-67. Epub 2007 Jan 8.
- Marion Johnson, Sue Morread. Clasificación de resultados de enfermería (NOC); Ed Mosby, 3^a edición.
- Arkle-Reid M, Browne G, Weir R, Gafni A, Roberts J, henderson SR. The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. Med Care Res Rev. 2006 Oct;63(5):531-69.
- Moreno JM, Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Contreras Fernández E, san Alberto Giradlos M, Castilla Soto J. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. Gaceta Sanitaria. Marzo 2007; 21 (2): 106-13.
- NHS Wales. Designed to improve Health and the management of Chronic conditions in Wales. An integrated model and framework. March 2006.
- NHS. National Institute for Clinical Excellence. Falls: the assessment and prevention of falls in older people. Clinical Guideline 21. November 2004.
- Pajares L, Vizquete E, Lama C, Sánchez-Lanuza M, San Juan P, Fernández R, et al. Oferta de Servicios en Atención Primaria 2006.

 Institut Català de la Salut	Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut	Data: febrer 2010	
		Versió 1	Pàgina 29

Servicio Andaluz de Salud. Monografía en Internet. Disponible a:
http://www.astisamalaga.com/documentos/OSAP_2006.pdf

- Royal S, Smeaton L, Avery AJ, Hurwitz B, Sheikh A. Interventions in primary care to reduce medication related adverse events and hospital admissions: systematic review and meta-analysis. Qual Saf Health Care. 2006 Feb;15(1):23-31.
- Singh D. Transforming Chronic Care: evidence about improving care for people with long-term conditions. Birmingham: The University of Birmingham, 2005.
- Sledge WH, Brown KE, Levine JM, Fiellin DA, Chawarski M, White WD, O'connor PG. A randomized trial of primary intensive care to reduce hospital admissions in patients with high utilization of inpatient services. Dis Manag. 2006 Dec;9(6):328-38.
- Sylvia M., Shadmi E., Hsiao Ch., Boyd C., Schuster A., Boulton Ch. Clinical Features of High-Risk Older Persons identified by predictive modeling. Disease Management 2005: 56-62.
- Terraza R., Vargas I., Vázquez Navarrete M.L.. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria 2006: 20(6).
- Wagner JT, Bachmann LM, Boulton C, Harari D, von Renteln-Kruse W, Egger M, Beck JC, Stuck AE. Predicting the risk of hospital admission in older persons--validation of a brief self-administered questionnaire in three European countries. J Am Geriatr Soc. 2006 Aug;54(8):1271-6.
- Zunzunegui MV. ¿Más servicios o mejores servicios? Calidad y eficiencia en los servicios hospitalarios para las personas mayores. Rev Esp Salud Publica. 2001;75:181-2.